Rok XXVII. Kraków, 28 Kwietnia 1888. Nr. 17.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam. 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Przyczynek do histologii zapaleń kłębków Malpighiego (*Glomerulonephritis*).

Napisał

Dr. Andrzéj Obrzut,

Docent anatomii patologicznéj i pierwszy asystent powyższego zakładu.

Od czasu, kiedy Klebs zwrócił uwagę na zmiany anatomiczne w kłębkach Malpighiego, jako objaw samoistny lub dominujący w t. zw. *nephritis postscarlatinosa*, ciałka Malpighiego były i są jeszcze dotąd przedmiotem licznych i wyczerpujących badań. Pomimo, że zapatrywanie Klebsa, mianowicie dotyczące punktu wyjścia zmian zapalnych, okazało się błędném, to przecież ta postać zapalenia nerek jest dzisiaj prawie jednomyślnie przyjętą. Niektórzy autorowie idą nawet tak daleko, że najważniejsze zmiany we wszystkich postaciach choroby Brighta odnoszą do kłębków, gdzie także upatrują początek wszystkich zmian i przyczynę najważniejszych objawów klinicznych albuminuryi, anuryi i uremii. Pomimo tylu licznych badań kwestyja ta stoi jeszcze dzisiaj na porządku dziennym i żywa prowadzi się nad nią dyskusyja. Niestety, mało mamy widoków, aby dyskusyja ta wkrótce doprowadziła do stanowczych rezultatów. I inaczéj téż być nie może. W wielkim, a dotąd zagadkowym, problemie „zapalenia“ nie wypowiedziano dotąd ostatniego słowa. Mało nadziei, aby ten problem na tak trudnym terenie, jakim z powodu swych histologicznych i fizyjologicznych właściwości są kłębki Malpighiego, dał się kiedykolwiek rozstrzygnąć. Kwestyja dotycząca t. z. *Glomerulonephritis* musi pozostać aż do tego czasu w zawieszeniu. Jeżeli gdzie, to właśnie w histologii patologicznéj nerek metoda badania i wprawa techniczna są pierwszorzędnego znaczenia. Różnica w zapatrywaniach dzisiejszych autorów na ten przedmiot w wielkiéj części polega właśnie na różnicach w metodach badania. Różnice te odnoszą się i do zjawisk histologicznych, spostrzeganych na kłębkach i do tłumaczenia tych zjawisk. Badania dotychczasowe wydają mi się w dwóch kierunkach niezupełnemi. Mianowicie, najpierw za nadto zajmują się początkowemi okresami choroby z małém uwzględnieniem lub pominięciem okresów późniejszych, a z których przecież dałyby się wysnuć wnioski co do ogólnéj przyrody całéj sprawy chorobowéj. Powtóre w tych badaniach za mało dotąd zwracano uwagi na zmiany patologiczne w torebce Bowmana i w sąsiedztwie téjże się odbywające. Wyjątek pod tym ostatnim względem stanowi praca Cornila i Braulta[1]), którzy szczegółowo zajmują się zmianami na torebce Bowmana.

Co do zmian początkowych w *Glomerulonephritis*, to już Klebs zauważył rozplem i łuszczenie się przybłonków pokrywających naczynia kłębków i wewnętrzną powierzchnię pochewki Bowmana. Zwiększoną ilość jąder w samych kłębkach odnosił właśnie do tego rozplemu przybłonków i nacieku drobnokomórkowego w tkance łącznéj, spajającéj pojedyncze pętliczki naczyniowe kłębka. Późniejsze badania wykazały, że téj tkanki łącznéj nie ma w kłębku w stosunkach fizyjologicznych i pochodzenie téj tkanki łącznéj tak ważną odgrywającéj rolę w t. zw. obliteracyi kłębków nie jest dotąd wyjaśnionėm. Samo powiększenie liczby jąder zauważane przez większość autorów jako stały objaw pierwszych okresów zapalenia kłębka, było i jest dotąd przedmiotem licznych sporów. Rozplem przybłonków jako jednę z przyczyn tego objawu uznaje większość autorów, a różnice w zapatrywaniach występują dopiero w kwestyi dotyczącéj innych komórek, małych, okrągłych, owalnych i wrzecionowatych również na zapalonym kłębku spostrzeganych. Wyprowadzano komórki te jużto z bujania śródbłonków naczyń włosowatych kłębka, jużto widziano w nich tylko wydalone ciałka krwi. W każdym jednak razie siedzibą ich nie były same naczynia włosowate, tj. ich światło, lecz przestwory między niemi. Przez to

[1]) *Etudes sur la pathologie du rein.* Paris 1884.

postawiono *Glomerulonephritis* w szeregu innych zapaleń śródmiąższowych, gdzie wśród wytwarzania zapalnego tkanki łącznéj równocześnie ulegają zniszczeniu składniki specyficzne narządu. Zmiany anatomiczne spostrzegane w świetle naczyń włosowatych lub na ich ścianach nie miały dla autorów wielkiéj wagi, a przypisywano im znaczenie podrzędne, mogące tylko pośrednio wpływać na dalszą sprawę przez utrudnienie krążenia. Doniosłość tych zmian wśródwłosowatych ocenili dopiero Ribbert[1]), a zwłaszcza Langhans[2]), Friedländer[3]) i Nauwerk[4]).

Langhans słusznie przypisuje sobie zasługę, że był pierwszym, który jasno określił zmiany, o które się tutaj rozchodzi, że jak się sam wyraża, odłączył zmiany, które samoistnie odbywają się na przybłonkach kłębka, torebki i w świetle naczyń włosowatych i że tym sposobem stworzył stałą podstawę do dalszych badań i dalszéj dyskusyi. Trzymajmy się i my systemu wskazanego przez Langhansa i zastanówmy się szczegółowo nad każdym z tych składników kłębka i zmianami, jakie na nich dotąd znaleziono w przebiegu *Glomerulonephritis*. Otóż co do przybłonków, to począwszy od Klebsa wszyscy przypuszczają ich rozplem, zwyrodnienie i odpadanie do torebki Bowmana. Dla Ribberta zmianami temi jest nawet wyczerpaném pojęcie *Glomerulonephritis*. Zapatrywaniem tém Ribbert niedalekim jest od nauki Virchowa o t. zw. zapaleniu miąższowém.

Często rozplem tak przeważa nad łuszczeniem i odpadaniem przybłonków, że naczynia kłębka pokrywają się kilku nowemi warstwami komórek przybłonkowych. Podobne zmiany przypuszcza Langhans i na torebce Bowmana, czego znów Nauwerk nigdy nie zauważył. Jestto tem dziwniejszem ze strony Nauwerka, że już przecież przedtem Cornil i Brault[5]) wypowiedzieli „*que dans certains cas la capsule conserve son indépendance et qu'elle peut être le siège des modifications pathologiques assez importantes sans que le glomérule y prenne part*“ zdanie, które nie znalazło należytego ocenienia ze strony żadnego z niemieckich autorów, — a przecież na to zasługiwało w wysokim stopniu.

Opis tych zmian na torebce Bowmana, które ci autorowie podali, zupełnie nie usprawiedliwia ich zdania powyżéj wypowiedzianego. Do zmian tych będę miał jeszcze sposobność powrócić przy przedstawieniu moich własnych spostrzeżeń i wtedy to zastanowimy się nad niemi obszerniéj.

Co do zmian w samych naczyniach kłębków, to te właśnie były przedmiotem bardzo wyczerpujących badań ze strony powyżéj wspomnianych autorów (Langhans, Friedländer, Nauwerk) a w ostatnich czasach do liczby ich przyłączył się Hansemann[6]). Według zgodnego zdania tych autorów z wyjątkiem tego ostatniego główną rolę odgrywają w przebiegu *Glomerulonephritis* naczynia krwionośne kłębka, a mianowicie ich śródbłonki. Pod wpływem bodźca zapalnego komórki te ulegają rozplemowi. W stosunkach fizyjologicznych ilość śródbłonków w naczyniach krwionośnych kłębka jest bardzo nieznaczna, a wzmaga się przy zapaleniu do takiego stopnia, że częściowo lub nawet całkowicie zatykają światło naczyń krwionośnych. W pierwszym razie produktem tego rozplemu jest zgrubienie ścian naczyń w skutek ułożenia się na ich powierzchni wewnętrznéj pokładu pierwoszcza z regularnie rozmieszczonemi jądrami śródbłonka, w drugim razie zupełne wypełnienie światła naczyń temi bujającemi śródbłonkami (Langhans). Objawu stanowczo usprawiedliwiającego ten sposób pojmowania zjawisk na śródbłonkach, mianowicie figur karyokinetycznych na ich jądrach, nie widział żaden z tych autorów ani Langhans, który rozporządzał znacznym materyjałem.

Owe masy drobnoziarniste w świetle naczyń ułożone, za jakie uważają Langhans i Nauwerk pierwoszcze bujających śródbłonków, widzieli już przedtém i Ribbert i Friedländer, lecz ci nadają im inne znaczenie. Ribbert mianowicie masy te uważa za rozpadłe ciałka białe krwi, które na sposób t. zw. białego zakrzepu nagromadzają się w świetle naczyń w tak wielkiéj ilości, że mogą prowadzić aż do zupełnéj niedrożności. Podobne gromadzenie się ciałek białych w naczyniach włosowatych zauważył i Hortolès[1]).

Do tych zjawisk, których siedzibą są naczynia włosowate kłębka, odnosi Langhans dwa najważniejsze objawy kliniczne wszystkich ostrych zapaleń nerkowych, mianowicie zmniejszenie ilości moczu i białkomocz. Ale téż według Langhansa zmiany te są stałém zjawiskiem we wszystkich postaciach ostrego zapalenia nerek, a między niemi a resztą zmian w miąższu nerkowym istnieje pewna równoległość.

Słusznie sądzi Langhans, że po uzyskaniu takiéj podstawy dla różnych zapaleń nerek patogeneza choroby Brighta doznałaby znacznego uproszczenia. Byłoby tak, gdyby zapatrywania tego autora w całéj rozciągłości okazały się pewnemi. Tak jednak nie jest i Langhans wkrótce doczekał się odpowiedzi ze strony Hansemanna[2]). Odpowiedź ta jest tem bardziéj zadziwiającą, że w niéj zapatrywania takiego autora jak Langhansa, nie tylko zakwestyjonowano, lecz bez żadnego zastrzeżenia *en bloc* odrzucono i to na podstawie względnie wielkiego materyjału, którym Hansemann rozporządzał przy swéj pracy kontrolującéj.

To było dla mnie dostateczną przyczyną, aby się starać wyrobić sobie własne zdanie o tym przedmiocie na podstawie materyjału, który miałem do dyspozycyi. Materyjał ten nie jest wprawdzie tak bardzo znaczny, ale jestem przekonany, że więcéj wart jeden przypadek zbadany gruntownie i za pomocą dobrych metod, niż sto innych, którym tych warunków brak. Posłużyło ku temu celowi kilka przypadków płonicy, która w ostatnich czasach częściej niż zwykle zdarzała się w tutejszych szpitalach i oddziałach klinicznych i przychodziło do sekcyi. Starałem się przy tém wydobyć ze zwłok nerki, jak tylko dostały się do instytutu, a zatém wkrótce po śmierci. Resztę sekcyi wykonywałem późniéj w czasie zwyczajnym.

Do stwardnienia preparatów używałem w każdym przypadku rozczynu Fleminga, kwasu chromowego ($0\cdot2\%$), wyskoku, a czasem i rozczynu Müllera. Ostatnich używałem więcéj tylko dla kontroli. Rozczyn Fleminga okazał mi się tutaj najlepszym. Powszechnie znaną niedogodność tego sposobu stwardniania, mianowicie tę, że rozczyn ten tylko z trudnością przenika do głębi preparatu, udało mi się usunąć w zupełności tym sposobem, że za pomocą ostrego noża wycinałem z kory nerkowéj kawałki tylko na jeden milimetr grube, a $^1/_2$ do $^1/_3$ cm. szerokie. Kawałki tak cienkie rozczyn Fleminga po 48 godzinach przenika jednostajnie i zupełnie a ustala wszystkie składniki histologiczne, jak to żadnym

[1]) *Nephritis und Albuminurie* 1881. — [2]) Archiwum Virchowa tom 76, 85 i 99. — [3]) *Fortschritte der Medizin* 1883. — [4]) *Beiträge zur path. Anatomie und Physiologie* 1886. — [5]) l. c. p. 79. — [6]) Archiwum Virchowa tom 110, zeszyt 1, 1887.

[1]) Cyt. podług Nauwercka (l. c.) — [2]) *Zur path. Anatomie der Malpigh. Körperchen der Niere*, Archiwum Virchowa t. 110, pag. 52, 1887.

innym sposobem nie da się osiągnąć. W porównaniu z takimi preparatami pochodzącemi z rozczynu Fleminga preparaty wyskokowe można słusznie nazwać karykaturą rzeczywistości [1]). Przytém kawałki stwardłe przez 48 godzin w rozczynie Fleminga, wypłuczone przez 3 godz. w płynącéj wodzie (pod kruczkiem wodociągu) po 48 godzinach w wyskoku otrzymują tak dogodną zbitość, że można z nich otrzymać jak najcieńsze pareparaty. Zatapianie w prafinie jest zbytecznêm. Wystarcza ku temu celowi tak zresztą wygodny celoidyn. Kłębki Malpighiego i z takich najcieńszych skrawków przy ostrożném obchodzeniu się z niemi nie zwykły wypadać. Do barwienia najlepiéj nadają się rozczyny wodne safraniny i gencyjany z małą domieszką (1/8) rozczynów wyskokowych, podobnie jak wodne zgęszczonych. Najlepiéj jest barwić przez kilka godzin (przez noc) a preparaty wyprać w wyskoku lekko HCl zakwaszonym, potém w czystym wyskoku, uwolnić od celoidynu w olejku goździkowym, a przechowywać w balsamie kanadyjskim. O innych sposobach barwienia pomówię później.

Praca niniejsza ma przeznaczenie głównie kontrolujące wyniki badań powyżéj wspomnianych autorów, mianowicie: Langhansa, a przeważnie ujemne rezultaty Hansemanna; zadać sobie zatém musiałem pytania prawie te same, co ci autorowie, a prócz tego i inne, które same nasunęły się wśród badania moich przypadków. Pytania te dają się sformułować w ten sposób:

1) Czy istnieje tak zwana *Glomerulonephritis* a raczéj *Glomerulitis* i pod wpływem jakich chorób ogólnych spostrzega się ją.

2) Jakie są zmiany anatomiczne w kłębkach Malpighiego, które stanowią istotę téj postaci zapalenia nerek, a mianowicie zmiany na kłębkach samych, tj. ich *a*) przybłonkach, *b*) ścianach naczyń włosowatych wraz z ich śródbłonkami, wreszcie *c*) zmiany, których siedliskiem jest światło naczyń włosowatych.

3) Zmiany na torebce Bowmana.

4) Czy i które z tych zmian są integralną częścią każdego zapalenia nerek ostrego, bez względu na jego etyjologiję.

5) Jaki wpływ w znaczeniu histologiczném mają powyższe zmiany w ostateczném zniszczeniu (obliteracyi) całego ciałka Malpighiego, i jaki jest ich czasowy rozwój, chronologiczne następstwo tych zmian.

Przy opisaniu moich przypadków ograniczę się do rzeczy najniezbędniejszych, koniecznych do zrozumienia sprawy. Anamnezy, daty kliniczne, jako też całe protokóły sekcyjne opuszczę, a trzymać się będę tego tylko szczegółowo, co ma związek z powyżéj podanemi pytaniami. (D. c. n.)

II. Nowy rodzaj narkozy mięszanéj.

Podał
Prof. Dr. Alfred Obaliński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Tak więc na podstawie dostatecznéj liczby doświadczeń mogę się oświadczyć za tém, że kokain podawany w średnich dawkach (1—3ctg.) przed i po narkozie chloroformowéj w wielu przypadkach zmniejsza lub przynajmniéj łagodzi wymioty.

[1]) Z tego wynika, co myślę o fig. 4 Nauwercka, dołączonéj do jego pracy (l. c. pag. 78) i o jego wnioskach przez tę figurą ilustrowanych.

Co do innych spostrzeżeń, to te nie zasługują tak dalece na uwzględnienie z powodu, że dokładność ich nie jest zupełnie bez zarzutu, w każdym razie godzi się tu nadmienić, że pod wpływem kokainu potrzeba było i dłuższego czasu i nieco większéj dawki (średnio 10gm.) chloroformu do wywołania okresu oswojenia (*tolerantiae*), niż to się działo przy użyciu samego chloroformu (średnio 8gm.). Daléj zauważano, że pod wpływem kokainu bywają źrenice o wiele częściéj rozszerzone a uderzenie tętna silniejsze. Również uderzało, że przebudzali się z narkozy o wiele łatwiéj ci, którym równocześnie podano kokain i że zdawali się o wiele rzeźwiejszymi. Raz jedyny zanotowano niezwykłą i w ciągu całéj narkozy trwającą ekscytacyję, lecz było to indywiduum neuropatyczne, które popadało pod wpływem nawet mniéj znacznych zajść lub wypadków w stan rozdrażnienia nerwowego, np. śmiechu kurczowego.

Mimo to wszystko muszę szczerze wyznać, że spodziewałem się po tym sposobie narkotyzowania wyników znacznie lepszych, osobliwie po pierwszych dziesięciu spostrzeżeniach; dla tego też postanowiłem połączenie działania tych narkotyków w inny sposób przeprowadzić a najbardziéj pobudzającém do tego było stwierdzenie faktu, że małe operacyje dają się doskonale bez bólu wykonać pod wpływem miejscowo w skórę wstrzykniętego rozczynu kokainowego. Wszystkie ropnie, zanogcice, wrastające paznogcie, kaszaki, tłuszczaki, polipy itp. twory operujemy przy znieczuleniu miejscowém, wstrzykując według rozległości 1/4—1/2 a nawet całą strzykawkę 5% rozczynu kokainu, czyli 1 1/2—5ctg. kokainu.

W najbliższym więc szeregu operować się mających chorych postępowałem w sposób następujący: Najprzód polewałem na koszyczek Esmarcha czysty chloroform dopóty, dopóki nie wystąpił okres przyswojenia, do czego według dotychczasowych doświadczeń potrzebnym jest czas 4—12 minut i tyleż gramów chloroformu czyli średnio 8 [1]). Następnie wstrzykiwałem w miejsce mające być operowaném 2—5ctg. kokainu w rozczynie 2 1/2 do 5%, według tego, czy na mniejszéj lub większéj przestrzeni mam operować. Jeżeli bowiem cięcie jest rozległe, jak np. przy amputacyi w udzie, natenczas wolę wziąć rozczyn 2 1/2 do 3%, gdyż tę samą ilość kokainu np. 5ctg. rozłożyć mogę na większéj przestrzeni. Odtąd zaprzestaję podawać chloroform i przystępuję do operacyi, którą, jeżeli jest nie wiele czasu wymagającą, kończę bez użycia więcéj chloroformu, inne zaś dłuższe wymagają od czasu do czasu po kilka kropel.

Sposobu tego użyłem dotąd w 24 przypadkach, z których, niechcąc czytelnika nużyć opisywaniem pojedynczych przebiegów, albo zestawianiem cyfr, przytoczę tylko kilka wybitniejszych, dobrze rzecz malujących, a następnie przystąpię do wniosków z zestawienia wszystkich moich przypadków wynikających.

1. Kasper Śliwiński, lat 50, wyrobnik. *Tuberculosis localis art. ped. dextri.* Chory źle odżywiony, niedokrewny, okazujący nadto podobną lecz dopiero się rozwijającą chorobę w lewym stawie nadgarstkowym. D. 16/3, 1888 przystąpiłem do odjęcia odnogi dolnéj nieco powyżéj połowy podudzia. Za pomocą 8gm. chloroformu sprowadzono w ciągu 11 minut stan odurzenia, w którym wstrzyknięto wzdłuż linij oznaczających cięcia na płaty boczne w 7 miejscach po 1ctg. kokainu, t. j. razem 7ctg., a następnie przystąpiono po założeniu opaski Esmarcha do amputacyi, którą wykonano w ciągu minut 20, pod-

[1]) Wyjątkowo tylko trafiamy na chorych potrzebujących do osiągnięcia tego okresu 15, 20 lub i więcéj gramów chloroformu.

czas których podano choremu jeszcze 7gm. chloroformu czyli razem gm. 15 w przeciągu min. 33.

Tętno przed operacyją 120 słabe obniżyło się po wstrzyknięciu w kilka minut na 84 i stało się pełném, silném.

Źrenice, w początkach średnio rozszerzone, rozszerzyły się po wstrzyknięciu bardzo znacznie i tak pozostały aż do końca operacyi. Liczba oddechów podniosła się z 30 na 48. Znieczulenie było doskonałe, ku końcowi operacyi mianowicie przy zeszywaniu rany nie podawano już wcale chloroformu; chory bowiem się obudził i rozmawiał zapytując, czy będzie operacyja dzisiaj przedsięwziętą.

Po przebudzeniu się zupełném nie widać osłabienia, przeciwnie rzeżkość, rozmowność i zadowolenie. Podczas operacyi ani zaraz po niéj nie wymiotował; w ciągu popołudnia były kilka razy nudności i wymioty, lecz nie męczące.

2. Mojżesz Weitz, lat 50. *Hernia ing. dextr. ext. incarcerata. Herniotomia.* Podano 5gm. chloroformu w 10 minutach, poczém z chwilą wystąpienia tolerancyi wstrzyknięto 8 przedziałek strzykawki Pravaza wypełnionéj 5% rozczynem kokainu w czterech miejscach, t. j. razem 4ctg. kokainu. Operacyja trwała minut 25, w ciągu których zużytkowano jeszcze 6gm. chloroformu tak że razem zużyto go 11gm. w 35 minutach. Po wstrzyknięciu kokainu pojawiła się mała ekscytacyja w postaci kurczu tonicznego mięśni, co jednak szybko przeminęło. Tętno z 96 spadło na 84 i było bardzo słabe tak przed, jak i podczas operacyi, co jednak zależało od saméj choroby. Źrenice z początku miernie rozszerzone rozszerzyły się jeszcze bardziéj. Anestezyja była zupełna a przebudzenie nastąpiło dopiero w kilkanaście minut po operacyi, tak iż odniosłem przekonanie, że tutaj można było po zastrzyknięciu kokainu znacznie mniéj użyć chloroformu, niż 6gm. Wymiotów nie było.

3. Piotr Przybyłko, lat 27, wyrobnik murarski. *Gangraena omnium dig. ped. sin post congelationem. Enucleatio modo Dubreuil.* 17/3, 1888. Chloroformu użyto w ogóle 5gm. w 30 minutach, a w siódméj minucie, kiedy pojawiło się odurzenie chorego, wstrzyknięto jednę strzykawkę 5% rozczynu kokainu w pięciu miejscach wzdłuż linii cięcia. Znieczulenie było zupełne, lecz w drugiéj połowie trwania operacyi spadło tętno z 78 na 60 i stało się słabém, chory zbladł i oddychał płytko. Czy omdlenie to przypisać należy chloroformowi, czy kokainowi, trudno orzec, prawdopodobniejszém jednak jest to drugie, gdyż niektórzy chorzy na działanie jego są niezwykle drażliwi.

4. Maryjanna Kubinówna, lat 15. *Fractura complicata ossium cruris dextri subsequa osteomyelitide et gonitide suppurativa. Amputatio femoris.* Przypadek ten jest pod względem narkozy nadzwyczaj pouczającym, albowiem dziewczynie téj wykonałem był poprzednio artrotomiję w stawie kolanowym w narkozie chloroformowéj przy równoczesném podaniu 1ctg. kokainu wewnętrznie. Z tego powodu zestawiam obydwie obserwacyje razem:

27/1, 1888. *Arthrotomia et drainage genus dextri.* Trwanie narkozy min. 40. Chloroformu do tolerancyi 8gm. w 6 minutach. Kokainu 1cgr. wewn. przed narkozą. Chloroformu zużyto razem 31gm. Tętno przed operacyją 120. Tętno wśród operacyi 120. Źrenice podczas operacyi szerokie. Znieczulenie dobre. Wymiotów nie było ani podczas ani potém. Po przebudzeniu zesłabiona.	22/3, 1888. *Amputatio femoris.* Trwanie narkozy minut 44. Chloroformu do tolerancyi 7gm. w 5 min. Kokainu 1 strzykawka 5% rozczynu czyli 5ctg. w 8éj minucie. Chloroformu zużyto razem 10gm. Tętno przed operacyją 140 bardzo słabe. Tętno wśród operacyi 108 dobre. Źrenice podczas operacyi zmienne albo bardzo rozszerzone, albo zwężone. Znieczulenie dobre. Wymiotów nie było ani podczas ani potém. Po przebudzeniu bardzo łatwém czuje się rzeską, zadowoloną, prawie wesołą.

W ten sposób postrzegałem ten rodzaj mięszanéj narkozy w 24 przypadkach a średnie cyfry osiągnięte z tych spostrzeżeń przedstawiają się jak następuje:

Najmłodszy chory liczył lat 14, najstarszy lat 56, średnio 30·5. Narkoza trwała najkrócéj minut 11, najdłużéj minut 60 a średnio minut 29. Kokainu wstrzyknięto najmniéj $2\frac{1}{2}$ctg., najwyżéj 7ctg., średnio 4ctg.; chloroformu zużyto najmniéj 5gm., najwięcéj 25gm. a średnio 13gm., Wymioty pojawiły się w tych 24 przypadkach 10 razy czyli 42%.

Zalety zatém niniejszéj metody są bardzo widoczne:

1. Łączy ona w sobie korzyści obu znieczuleń, t. j. ogólnego, wywołanego chloroformem i miejscowego, sprowadzonego wstrzyknięciem kokainu w skórę. Obydwa te środki wspierając się nawzajem w jednym i tym samym celu, t. j. znieczulenia, wykluczają równocześnie jako antagoniści obopólne niebezpieczeństwa przy osobném ich użyciu wydarzyć się mogące. Już sama ta okoliczność, że mniéj zużywamy chloroformu, czyni narkozę bezpieczniejszą, o ileż czuć powinniśmy się pewniejszymi, jeżeli wiemy, że równocześnie wprowadzamy środek, który, jak to wykazują nam fizyjologowie, jest najlepszym środkiem skrzepiającym, a więc w przeciwieństwie do chloroformu, sprowadzającego zwiotczenie, porażenie naczyń i serca, wywołuje skurcz tychże. Z drugiéj strony są ludzie, którzy, jak do różnych innych środków, mają idyjosynkrazyję do kokainu; u takich wywołują nawet małe dawki kokainu przykre objawy niedokrewności mózgu, jak szum w uszach, płatki przed oczyma, zblednięcie twarzy, zawrót głowy itp. Zadanie środka przeciwnie działającego jak np. azotynu amylowego, wodanu chloralowego, chloroformu, eteru, morfinu usuwa natychmiast owe przykre objawy. Z czego prosty wniosek, że silne miejscowe znieczulenie za pomocą kokainu jest bezpieczniejszém w połączeniu z ową półnarkozą chloroformową, niż samo dla siebie.

2. Wymioty wydarzają się przy tym sposobie narkotyzowania o wiele rzadziéj. Zupełnie je usunąć nie jesteśmy w stanie, gdyż znowu mamy tu do czynienia z tak silnie występującą idyjosynkrazyją niektórych osób do chloroformu, że nawet najmniejsza ilość tego środka wywołuje u nich wymioty. To jednak jest pewnikiem, że wymioty występujące po narkozie chloroformowéj, zmodyfikowanéj kokainem, są o wiele łagodniejszemi.

3. Uderzającym objawem jest łatwe przebudzenie się z narkozy i brak owego przykrego osłabienia i zmęczenia, jakie tak często napotykamy u narkotyzowanych czystym chloroformem. Tutaj chorzy czują się przeważnie rzeskimi a nawet u niektórych zauważano wesołość.

Jedyną przykrą okolicznością jest bardzo rzadko, lecz zawsze wydarzyć się mogący stan znaczniejszego pobudzenia (*excitatio*), osobliwie u osób nerwowych. Objawia się to albo krzykiem, rzucaniem się i pasowaniem, albo tonicznemi kurczami w postaci częściowego tężca. Gdy jednak takie same objawy wydarzyć się mogą tu i owdzie i przy użyciu samego chloroformu, przeto nie możemy tak bardzo winić o to kokainu.

Z natury rzeczy wypływa, że metoda ta zaleca się najlepiéj w tych przypadkach, gdzie zadajemy rany i to większych rozmiarów, gdyż, jak to już kilkakrotnie wspomniałem, drobne operacyje niewymagające długich zabiegów wykonać możemy bezboleśnie przy samém wstrzyknięciu kokainu w miejsce operować się mające. Jeżeli zaś potrzebujemy znieczulenia w innych celach, np. do rękoczynów bezkrwawych lub badania, natenczas nie pozostaje nam, jak zadać kilka centigramów kokainu wewnętrznie przed narkozą

i podawać go w drobnych a częstych dawkach po przebudzeniu.

Czy przez wstrzykiwanie kokainu do wnętrza pęcherza możnaby sprowadzić narkozę mięszaną podobnie jak to się dzieje w przystępniejszych jamach, np. ustnéj, połykowéj, nosowéj i odbytnicowéj, nie umiem na razie odpowiedzieć, będę się jednak starał rozstrzygnąć tę kwestyję przez próby podjęte w odpowiednich do tego przypadkach.

III. Z pracowni zakładu patologii ogólnéj i doświadczalnéj prof. Dra Adamkiewicza.

O ciałkach nerwowych prof. Adamkiewicza.

Podał Dr. Walery Momidłowski,
asystent Zakładu.
(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Drugą wybitną różnicę między komórkami tucznemi a ciałkami nerwowemi stanowi ich odrębna własność przyjmowania barwików. Komórki tuczne, jak Ehrlich podaje, barwią się safraniną silniéj aniżeli tkanka otaczająca ale z wyjątkiem jądra, które pozostaje niezabarwione. Ciałka zaś nerwowe, jak to już zresztą prof. Adamkiewicz w pierwszéj swéj pracy opisał, barwią się pod wpływem safraniny w ten sposób, że pierwoszcze około jądra barwi się ciemno pomarańczowo, podczas gdy jądro samo barwi się wybitnie fijoletowo. Po dłuższém barwieniu jądro ciałka nerwowego barwi się nawet ciemniej fijoletowo aniżeli sąsiednie jądra tkanki łącznéj (*endoneurium*). Według Ehrlicha [1]) safranina nie barwi charakterystycznie komórek tucznych, podczas gdy dla ciałek nerwowych jest ona nadzwyczaj czułym odczynnikiem. Safraniną zabarwione ciałka można już przy najsłabszém powiększeniu (Reichert Oc. II Obj. 2) dokładnie od otaczającéj tkanki odróżnić. Po krótkiém zaledwie kilkogodzinném barwieniu występują one na poprzecznych cięciach jako piękne ciemno pomarańczowe obrączki na około niezabarwionych jeszcze poprzecznych przekrojów nerwów, które dopiero po kilkunastu godzinach barwią się jasno pomarańczowo, tkanka zaś łączna wraz ze swemi jądrami barwi się dopiero znacznie później. Dalszą różnicę pomiędzy ciałkami nerwowemi a komórkami tucznemi stanowi ich odmienne umiejscowienie. Komórki tuczne, jak Ehrlich podaje, umieszczone są wśród tkanki łącznéj i w narządach tkankę łączną zawierających. Znajdował on je w błonach surowiczych otaczających trzewa brzuszne w błonie podśluzowéj jelit, w tkance łącznéj pomiędzy mięśniami w nadnerczu, języku i wielu innych narządach u rozmaitych zwierząt. Najobficiéj występowały one w tkankach silnie unaczynionych i najgęściéj są rozłożone w pobliżu i w przebiegu samych naczyń.

Zupełnie odmiennie zachowują się ciałka nerwowe. Tych nie spotyka się nigdy w tkance łącznéj, ani w *peri-* ani w *endoneurium*. Ich miejsce jest zwykle między osłonką Schwanna a istotą rdzenną, czasem wtłoczone są w samą istotę rdzenną. Mówię tu tylko o ciałkach, które zachowały pełną swą postać i nie zostały przez sposób przygotowania nadwerężone. Zdarza się bowiem spotkać czasem poza przekrojem włókna nerwowego niekształtną bryłę pierwoszcza ziarnistego, w którém trudno się dopatrzyć jądra, a ziarna pierwoszcza są jakby rozsypane na większéj przestrzeni i przy wielkiém powiększeniu znaleźć je można daleko od większego ogniska porozrzucane. Są to preparowaniem zmiażdżone i płynami do preparowania używanemi po części wypłukane ciałka, za czém przemawia ta okoliczność, że w takich razach spotykamy także wewnątrz osłonki Schwanna szczątki zniszczonego ciałka w postaci nieumiarowych bryłek pomarańczowo safraniną się barwiących. Że zachowanie ciałek w pierwotnéj i naturalnéj ich postaci bardzo wiele zależy od sposobu preparowania, dowodzi spostrzeżenie, że cięcia w jednéj i téj saméj seryi i z jednego i tego samego nerwu, z któremi nie obchodzono się ostrożnie, czy to przy krajaniu, barwieniu lub odbarwieniu, okazują więcéj takich nieforemnych brył, aniżeli te, z któremi się obchodzi z wszelką możliwą ostrożnością.

Dalszą wybitną różnicę pomiędzy komórkami tucznemi a ciałkami nerwowemi stanowi ich odmienny stosunek do naczyń. Podczas gdy pierwsze trzymają się przebiegu i sąsiedztwa naczyń, jak to Ehrlich podaje, to ciałka nerwowe własności téj wcale nie okazują. I owszem w tkance grubszéj, tam właśnie gdzie naczynia są najobfitsze, ciałek nerwowych, jakto zresztą i Rosenheim podaje, wcale nie napotykamy. Jest to bardzo ważna okoliczność, do któréj jeszcze późniéj powrócę.

Ponieważ Rosenheim twierdzi, że ciałka nerwowe są zwykłemi komórkami tucznemi, należało się spodziewać, że w tkankach przez Ehrlicha podawanych można je będzie za pomocą safraniny łatwo wykazać. Liczne bardzo poszukiwania w najrozmaitszych tkankach tak ludzkich jak i zwierzęcych wykazały, że żadnych nawet podobnych do ciałek nerwowych tworów nie można było w nich wyśledzić. Przeszukałem najpilniéj wiele preparatów sposobem Ehrlicha sporządzonych z języków, wątrób i mięśni żab, z jelit, błon śluzowych i surowiczych psów, królików i cielęcia, ale w żadnym ciałek nerwowych nie znalazłem.

Zbierając wszystkie przytoczone spostrzeżenia w całość możemy powiedzieć, że ciałka nerwowe różnią się od komórek tucznych kształtem, zdolnością charakterystycznego barwienia safraniną, zdolnością barwienia się jądra, umiejscowieniem i stosunkiem obopólnym do naczyń.

Skoro wykazałem, jak sądzę, z całą ścisłością, że ciałka nerwowe nie mają nic wspólnego z komórkami tucznemi Ehrlicha, pozostaje mi tylko odpowiedzieć na pytanie, czy ciałka nerwowe, jak to prof. Adamkiewicz twierdzi, są fizyjologicznym składnikiem nerwów obwodowych ludzkich? W tym celu badałem rozmaite nerwy obwodowe ludzi zmarłych na choroby niestojące w żadnym związku z chorobami układu nerwowego. Brałem następujące nerwy: n. udowy 1 rok, n. błędny 1 rok, n. kulszowy 2½ lat chłopiec, n. udowy 2½ lat chł., n. udowy 4 l. chł., n. podkolanowy 5½ l. dziewcz., n. pośredni 10 l. dz., n. łokciowy 10 l. dz., n. sprychowy 12 l. chł., n. pośredni 12 l. chł., n. podkolanowy 15 l. chł., n. błędny 21 l. kob., n. sprychowy 27 lat kob., n. błędny 27 l. kob., n. łokciowy 27 l. kob., n. udowy 30 l. mężcz., n. błędny 31 lat mężcz., n. sprychowy 35 lat mężcz., n. przeponowy 35 lat mężcz., n. łokciowy 36 lat mężcz., n. spółczulny 40 l. kob., splot barkowy 41 l. mężcz., n. łydkowy 47 l. mężcz., n. udowy 50 l. mężcz., n. łokciowy 51 l. mężcz., n. pośredni 56 l. kob., n. błędny 56 l. kob., n. błędny 60 l. kob., n. twarzowy 80 l. kob., n. błędny 80 lat kob., n. udowy 80 lat kob. W pierwszych pięciu nerwach z dzieci do 5½ lat nie znalazłem całkiem ciałek nerwowych, spostrzeżenie, na które i Rosenheim się zgadza; w nerwach z dziecka 5½-letniego były ciałka tylko bardzo skąpo reprezentowane. Wszystkie następne nerwy posiadały

[1]) l. c.

znaczną ilość ciałek. Ilość ich i wielkość w rozmaitych nerwach była różną, tak że trudno było dopatrzyć się pewnego związku między ilością i wielkością ciałek a późniejszym wiekiem. W dwóch nerwach z wieku 80 lat znalazłem mniéj i mniejsze ciałka (wbrew twierdzeniu Rosenheima) aniżeli w poprzednich. Dla tego téż nie wymieniam szczegółowo ilości i wielkości ciałek dla znacznych wahań w tym kierunku. Uderzającém jest spostrzeżenie, że ciałka nerwowe znajdują się tylko w grubych włóknach nerwowych rdzennych. Najlepiéj uwidocznia się to na nerwie błędnym i współczulnym.

Na przekrojach poprzecznych tych nerwów, w kępkach włókien bezrdzennych Remaka nie znalazłem nigdy ani jednego ciałka, podczas gdy w wiązkach nerwów rdzennych znajdowały się one obficie. To samo można było stwierdzić na innych nerwach obwodowych, które wśród wielkiéj masy grubych włókien rdzennych posiadają i tu owdzie gromadki nerwów bezrdzennych, safraniną fijoletowo się barwiących. W pierwszych znajdowały się ciałka nerwowe w znacznéj liczbie, ostatnie nie posiadały ich wcale. W rdzeniu pacierzowym i w miąższu nie znajdujemy wcale ciałek nerwowych ani w istocie białéj ani téż w szaréj. Tutaj, jak wiadomo, przebiegają włókna nerwowe nieopatrzone w osłonkę Schwanna. Dopiero po wyjściu z rdzenia dostają włókna nerwowe osłonkę i jako pełne grube włókna rdzenne znajdujemy je w korzeniach. W tych ostatnich napotykamy obfite ciałka nerwowe.

Nadmienię tu jeszcze, że nerw twarzowy posiadający w początku swego przebiegu obwodowego charakterystyczną budowę, w swéj środkowéj części z włókien rdzennych cienkich się składającéj nie posiada ani śladu ciałek nerwowych, podczas gdy część obwodowa z grubych włókien rdzennych złożona zawiera je w znacznéj ilości. Twierdzenie zatém prof. Adamkiewicza, że ciałka nerwowe są prawidłowym składnikiem nerwów obwodowych, utrzymuje się w pełnéj sile i dla dokładności wyrażenia dodać można to, że tylko włókna nerwowe grube, czyli o t. zw. podwójnych konturach, są w nie zaopatrzone. Rosenheim przypuszcza, jak wyżéj wspomniałem, że ciałka nerwowe są produktem patologicznym, opierając się na jednym przypadku *neuritis multiplex*, w którym znalazł w nerwach obwodowych znaczną ich liczbę. W takim razie należałoby przypuścić, że u wszystkich ludzi powyżéj lat sześciu, w którymto wieku ciałka nerwowe już znaleźć można, nerwy znajdują się w stanie chorobowym nieprawidłowym. Spostrzeżenie dotychczas wcale nie znane być może, że w przyszłości się stwierdzi. Na wspomnianym przypadku *neuritis multiplex* opierając się twierdzi daléj Rosenheim, że ilość ciałek nerwowych stoi w prostym stosunku do nadmiernego odżywiania, jakiego tkanka doznaje w przebiegu sprawy zapalnéj. Daléj, że ciałka nerwowe mają w ogóle za zadanie pośredniczyć w odżywieniu nerwów. Że to jest domysł nie oparty na naukowéj podstawie, za tém przemawiają następujące okoliczności: Gdyby ciałka nerwowe miały za zadanie pośredniczyć w odżywianiu nerwów, powinnibyśmy znajdować je także w pobliżu większych naczyń, zkąd materyjał odżywczy pobieraćby mogły a jak już wspomniałem tam ich nie znajdujemy. Powtóre powinny się znajdować u dzieci w wzmożonéj ilości, bo tu właśnie czynności fizyjologiczne odżywcze w zmożonym odbywają się stopniu. Po trzecie wreszcie włókna nerwowe w rdzeniu i mózgu jak równie włókna spółczulne potrzebują także odżywiania a ciałek nerwowych wcale nie posiadają.

Streszczając wszystkie w niniejszéj pracy podniesione i rozebrane pytania i wypływające z tego dowody możemy powiedzieć: Ciałka nerwowe są składnikiem prawidłowym grubych włókien nerwowych o t. zw. podwójnych konturach; nie mają nic wspólnego z tworami przed odkryciem ich przez prof. Adamkiewicza w ustroju znanemi i znajdują się we wszystkich nerwach obwodowych ludzkich, począwszy od wieku około 6 lat jako ich składnik prawidłowy, integralny. Znaczenia ich fukcyjonalnego dotychczasowe badania nie wykazały i przypuszczać tylko można, że stoją w pewnym stosunku do czynności włókien nerwowych grubych podwójnie konturowych.

W końcu niech wolno mi będzie podziękować profesorowi Dr. Adamkiewiczowi za łaskawe kierownictwo w téj pracy i cenne wskazówki i profesorowi Dr. Browiczowi za łaskawie udzielony materyjał anatomiczny do powyższych badań.

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Prof. Afanassiew: **Etyjologija i kliniczna bakteryjologija krztuśca.**

Epidemija krztuśca, wybuchła zeszłego roku w własnéj rodzinie, stanowiła dla autora zachętę do dokładnego i wszechstronnego zbadania krztuśca pod względem etyjologicznym i bakteryjologicznym. Mimo, że bakteryjologowie od samego początku nauki o bakteryjach, skrzętnie poszukują mikroba krztuścowi właściwego, przeciez dotychczas nie wykryli takowego. A. twierdzi w swéj pracy, że mu się to udało. Wielu już wprawdzie badaczy (Letzerich, Rossbach, Henke, Poulet, Burger) wykazało w wydzielinach błony śluzowéj oskrzeli z osób dotkniętych krztuścem koki o rozmaitych cechach postaciowych i życiowych, zdaniem jednak A. można każdemu z nich coś zarzucić, co istotę badań obala; Koch sam nieprzychylnie o nich się wyraża; tylko hodowle i przeszczepianie na pewne o mikroorganizmach rozstrzygają (*Fortschritte für Medizin* 1883). A badał bardzo starannie nietylko wydzielinę z oskrzeli własnych dzieci, ale starał się także z mikroorganizmów otrzymanych uzyskać hodowle, z nich przeszczepiał jad krztuśca na zwierzęta (króliki, psy), wprost do tchawicy i oskrzeli; w wydzielinie oskrzelowéj zwierząt mógł wykazać ten sam mikrob. Uważa go dla tego za właściwy, nowo odkryty, różniący się od wszystkich dotychczas opisanych i znanych nietylko własnościami postaciowemi, ale i życiowemi; przez przeszczepianie mógł u zwierząt wywołać napady bardzo zbliżone do krztuśca, wśród których wiele z nich ginęło. W końcu pracy, w któréj dokładnie i obszernie opisuje swoje doświadczenia, zestawia następujące wyniki: W wydzielinach oskrzelowych osób dotkniętych krztuścem można wykazać małe, krótkie (0·6—2·2 mm. długie) prątki, zupełnie odmienne od wszystkich dotychczas znanych chorobo- i niechorobotwórczych; przeszczepione na oskrzela zwierząt, wywołują one chorobę bardzo zbliżoną do krztuśca, niekiedy powikłaną zapaleniem płuc, a w wydzielinie błony śluzowéj nosa, oskrzeli i tchawicy można te same prątki wykazać; wykryty nowo i dla krztuśca, zdaniem A., swoisty prątek należy nazwać *bacillus tussis convulsivae*. Leczenie krztuśca za pomocą wziewań i wdmuchiwań należy uważać za wskazane i właściwe. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1887, Nr. 39—42). *H. K.*

Laplace (New-Orleans): **Surowy kwas karbolowo-siarkowy jako środek odrażający.**

Kwas ten składa się z surowego kwasu siarkowego i surowego kwasu karbolowego (25%) w równych częściach. L. starał się przekonać o jego własnościach przeciwgnilnych na prątkach wąglika, wyniki otrzymał jak najlepsze. Nitki pokryte prątkami zostawiał przez różny przeciąg czasu w rozmaitych rozczynach kwasu karbolowosiarkowego, poczém je wyjmował i dawał do odżywek. Rozczyn 4% niszczył

dokładnie prątki w ciągu 48 godzin, a 2% w ciągu 72 godzin. W obec tego, że tylko przez Laplaca podany kwaśny sublimat lepiéj działa (już w roczynie 0·1%), gdyż nawet 2% kwas karbolowy lub 2% kreolin nie mają wielkiego wpływu na prątki wąglika w tym samym czasie, poleca L. surowy kwas karbolowosiarkowy jako dobry środek odrażający, tani a pewny w pracowni Kocha sprawdzony. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1888, Nr. 7). *H. K.*

Farmakologija.

O nowéj truciźnie haya i o erytrofleinie.

Dr. Lewin (Berlin): Pod nazwą trucizny „haya" otrzymał L. do badania parę kawałków masy bezkształtnéj z Londynu. W téj bezkształtnéj masie wykazał ciało rozpuszczalne we wodzie; rozczyny otrzymane oddziaływały alkalicznie i opalizowały; wpuszczonych parę kropel do oka zwierząt (kot, królik, świnka morska) sprowadzały znieczulenie jego trwające 10—12—24 godzin, a występujące już w 10—15—20 minut. Rogówka nie ulegała przytém zmętnieniu; żaby, którym truciznę tę wstrzykiwał podskórnie, ginęły wśród porażeń i zwolnienia czynności serca; zwierzęta zaś ciepłokrwiste słabły, spuszczały głowę, dostawały drgawek i wymiotowały. Działanie to przypomniało L. istotę trującą, używaną w Afryce do zatruwania pocisków, któréj badaniem zajęty był jeszcze przed 12 laty, mianowicie alkaloid z *erythrophlaeum judiciale* (tam N'cassa zwanéj). Rozpoczął więc na nowo badania, szczególnie ze solą jego *erythrophl. hydrochloricum* i odwarami jego kory. Rozczyn 0·2% erytrofleinu sprowadza na oku zwierząt już po 15—20 minutach znieczulenie trwające do 2½ dnia, 2% rozczyn sprowadził zaćmienie rogówki. Króliki, którym wstrzyknął 0·005 erytrofleinu podskórnie, okazywały na całém ciele znieczulenie tego stopnia, że krajanie skóry i przecinanie mięśni nie sprawiło im żadnego bólu. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1888, Nr. 4).

Prof. Liebreich: Wyniki jego badań różnią się znacznie od wyników Lewina. Najpierw nie uznaje Liebreich jakoby masa „haya" nazwana, pochodziła z rośliny erytrofleinu, lecz że L. miał do czynienia z przypadkowém zanieczyszczeniem jéj korą z erytropfleum. Żaby, którym po zatruciu strychninem, wstrzyknął erytroflein, nie popadały w tężec, nawet przy krajaniu, paleniu i inném drażnieniu w miejscu wstrzyknięcia. Alkaloid ten dany do oka sprowadza według Liebreicha najpierw znieczulenie rogówki a potém dopiero twardówki. Doświadczenie zrobione na człowieku, pouczyło go, że w 4 godziny po wstrzyknięciu go pod skórę nastąpiło znieczulenie zaledwie na szerokość czworaka. Rozczyn zaś 0·2% wkroplony do oka, sprowadzał znieczulenie najpierw rogówki, potém twardówki na 8—9 godzin (Schoeler). (*Deut. med. Wochenschrift* 1888, Nr. 5).

Karewski doświadczał o ile nowy ten lek znieczulający da się zastósować praktycznie w chirurgii; spodziewał się przytém skuteczności w dwóch kierunkach, raz że uzyskało się środek, który sprowadzi takie znieczulenie, że będzie można bez usypiania chorego pewne operacyje wykonać, powtóre że dobre odda usługi jako miejscowy lek uśmierzający ból, nie wywołujący w odpowiedniéj dawce ogólnego zatrucia lub innych nieprzyjemnych ubocznych objawów, jak wszystkie dotychczas znane środki znieczulające. Używał on przeważnie rozczynów ½ i 1%. Zaraz w pierwszym przypadku zastosowania go, bylato zanogcica, mimo wstrzyknięcia znacznéj dawki, bo aż 5 mgr., nie nastąpiło znieczulenie. Zaprzestał wtedy doświadczać go na chorych, ale za to starał się dokładnie zbadać, wśród jakich warunków znieczula skórę, aby ją można bez sprawienia bólu przeciąć. Wstrzykiwał go zupełnie zdrowym ludziom na ręce wolnéj i uciśniętéj uciskadłem Esmarcha kilka razy tak, że badani nie wiedzieli, co się im wstrzykuje, bo im w jedno ramię wstrzykiwał sól kuchenną, a w drugie w miejscu tamtemu odpowiadającém erytroflein. Wszystkie ukłucia szpilką odczuwali, ale nie jako ukłucia, lecz jako dotknięcia, np. palcem. Znieczulenie było większe, jeżeli okolica badana była za Esmarcha uciskadłem (podobnie zatém jak przy kokainie). Zjawisko to należy zdaniem K. tłumaczyć tém, że przez odcięcie okolicy badanéj od ogólnego krążenia lek ten nie może się rozejść szybko po całym ustroju a wtedy działanie jego miejscowe jest znaczniejszém. K. przekonał się daléj, że erytroflein działa różnie u różnych osób i że do znieczulenia potrzeba przynajmniéj 2½ mgr. Tamponowanie błony śluzowéj nosa za pomocą 0·50% rozczynu sprowadza po 18 minutach zupełne znieczulenie takowéj. Do nieprzyjemnych ubocznych objawów zalicza K. ból utrzymujący się niekiedy kilka dni w miejscu wstrzyknięcia, zaczerwienienie około niego; przy stosowaniu w jamie nosa występowało kichanie, łzawienie, nieżyt nosa połączony z obfitém wydzielaniem. Po nabraniu w ten sposób własnego doświadczenia, wykonywał przy jego pomocy małe operacyje, jak wyrwanie zęba, wyłuszczenie guzka zapalnego, pochewki ścięgnistéj, wyrwanie polipów z nosa i t. d.; wszystkie prawie udało się wykonać bez sprawienia chorym bólu. (*Deut. med. Wochenschrift* 1888, Nr. 8). *H. K.*

Prof. Reuss: **O działaniu erytrofleinu na oko ludzkie.** Autor zbadał nowy ten środek, czy wartość jego równa jest wartości kokainu, czy może tam, gdzie potrzeba dłużéj trwającego znieczulenia i pod innemi względami ten środek nie przewyższa kokainu. Wynik tych doświadczeń na oku ludzkiém wykonanych streszcza autor w następujących wyrazach: Przetwór erytrofleinu przez niego używany obniża zawsze wrażliwość prawidłowéj ludzkiéj rogówki i to w różnym stopniu u rozmaitych osób. Znieczulenie osiągnięte nigdy nie było tak zupełném jak po używaniu kokainu, trwało za to o wiele dłużéj. Słabe rozczyny 0·05—0·125% nie wywołują wprawdzie żadnych dolegliwości, ale też obniżenie wrażliwości przytém jest niedostateczném. Za to wkraplanie tego środka kilka razy powtarzane, albo też jednorazowe wkraplanie ¼% rozczynu, wywołuje zawsze mniéj lub więcéj silne bóle i za każdym razem dłużéj trwające lub bez śladu znikające zaćmienie rogówki. Czy te wyniki można odnieść w ogóle także do innych przetworów tego środka, to dopiero dalsze badania rozstrzygnąć mogą. (*Intern. klin. Rundschau* 1888, Nr. 8). *Dr. R. Spira.*

Medycyna wewnętrzna.

Elsenberg (Warszawa): **Przypadek pryszczycy powikłanéj z zakażeniem gnilném.**

Demme wykazawszy u dziecka, u którego wśród pryszczycy wystąpiła choroba stawu biodrowego, w niéj laseczniki gruźlicy, uczynił owo cierpienie stawu zależném od cierpienia skóry. Wykazano, że zarówno jak prątki gruźlicy mogą i inne pasorzyty przez skórę obnażoną i zajętą wysypką wniknąć do ustroju. E. podaje przypadek, w którym chory po wcieraniach szaruchy w przebiegu zapalenia przyjądrzy dostał obfitéj, coraz więcéj po stosowaniu drażniących środków na skórę szerzącéj się wysypki pryszczycowéj, wśród któréj przyszło do zropienia jednego gruczołu pachwinowego prawego i obrzmienia obustronnego gruczołów pachwinowych. W trzy dni po przecięciu zropiałego gruczołu chory zaczął nagle gorączkować (40°C.) mimo, że rana miejscowo bardzo dobrze się goiła, a po trzech dniach dalszych umarł wśród objawów ostréj posocznicy. Sekcyja wykazała ropne zapalenie opłucny, rozlane zapalenie mięśnia sercowego, miąższowe zwyrodnienie wątroby i nerek, w ropie opłucny ogromną ilość koków, które po hodowaniu i szczepieniu okazały się jako *Staphylococcus albus.* E. przypuszcza w swym przypadku, że jad ten dostał się z powierzchni skóry do gruczołów a ztąd do krążenia, popierając to przypuszczenie 2 faktami: że jama po opróżnieniu ropnia gruczołowego była wypełniona zdrową ziarniną i nigdzie śladów rozpadu nie było i że po opatrunku sublimatowym wysypka znacznie się pogorszyła, a skóra powróciła do poprzedniego stanu rozległéj powierzchni obnażonéj z naskórka i łatwo krwawiącéj, zdolnéj do chłonienia najrozmaitszych ciał a zatém i pasorzytów. (*Gazeta Lekarska*, 1888, Nr. 13). *H. K.*

E. Gräber (Mnichów): **Przyczynek do rozpoznania klinicznego błednicy.**

W celu rozstrzygnięcia pytania, czy w błednicy (*oligochromaemia*) najgłówniejsze znaczenie ma brak barwika krwi, czy też brak ciałek czerwonych, wykonał G. w 28 niekomplikowanych przypadkach błednicy dokładne badania krwi, do czego używał najwięcéj udoskonalonych i jako takie po-

wszechnie uznanych sposobów. Wyniki badań w wszystkich rozbieranych przypadkach opiewają zgodnie, że liczba ciałek czerwonych krwi jest prawidłowa, podczas gdy zawartość hemoglobinu bardzo jest zmniejszoną. Leukocyty zachowują się w téj chorobie prawidłowo, czerwone zaś ciałka krwi okazują mniéj lub więcéj wybitne zmiany co do postaci i co do wielkości. Daléj oddziaływa krew osób bledniczych silniéj alkalicznie niż krew zdrowych, niedokrewnych lub suchotniczych. Z tego wynika, że blednica jest tylko chorobą krwi, którą można rozpoznać: 1) z powiększonéj alkaliczności krwi; 2) z prawidłowéj ilości ciałek krwi przy zmniejszonéj zawartości hemoglobinu; 3) z prawidłowego zachowania się leukocytów. Co do terapii, to podług G. mogą tylko wielkie dawki żelaza sprowadzić polepszenie, podczas gdy po leczeniu czysto dyjetetyczném jako też po małych dawkach żelaza żadnego skutku nie można wykazać. W obec tego, że we wszystkich spostrzeganych przypadkach zawartość barwika krwi nigdy do prawidłowego stanu nie wróciła, wątpi G. o uleczności blednicy. Według autora skuteczność żelaza w téj chorobie polega na działaniu jego zmniejszającém alkaliczność krwi a opiera to przypuszczenie na doświadczeniach Meyera i Koberta, którzy wykazali zmniejszoną alkaliczność krwi w ostrém i przewlekłém zatruciu żelazem. (*Internat. klin. Rundschau*, 1887, Nr. 49). *Dr. R. Spira.*

Pal: **O przyostrém śródmiąższowém zapaleniu płuc.**

Klinicyści nie zgadzają się jeszcze, czy przyostre śródmiąższowe zapalenie płuc jest chorobą samoistną, kliniczną, czy téż tylko anatomiczną, za jaką ją uważa Jürgensen jeszcze w najnowszéj swojéj publikacyi w podręczniku Ziemsena. Na podstawie własnych spostrzeżeń i literatury odnośnéj kreśli autor taki obraz kliniczny téj choroby: Nie rozpoczyna się ona od dreszczu, ani nie występują plwociny cechujące. Gorączka nie bywa wysoką. Kaszel bywa częsty, plwociny ropne obfite; osłabienie szybko się wzmaga; wkrótce potém za czynają plwociny cuchnąć, cały dalszy przebieg odpowiada zupełnie zakażeniu posocznicowemu. Przypadek P. przemawia przeciw zapatrywaniu, jakoby ta postać zapalenia płuc zaczynała się od zapalenia opłucny, bo była ona tym razem bardzo nieznacznie zgrubiałą. Od zapalenia płuc włóknikowego różni się przebiegiem klinicznym. (*Wiener med. Wochenschrift* 1888, Nr. 1 i 2). *H. K.*

Chirurgija.

Spaeth (Frankfurt n. M.): **O zastósowaniu kreolinu.**

Autor używał kreolinu w płynie albo gazy tym środkiem napojonéj; oddzielanie się zgorzeliną dotkniętych tkanek postępowało po nim szybciéj aniżeli po jodoformie lub jodolu, ziarnina bywała zawsze zdrową, czystą; autor odważył się nawet użyć kreolinu trzy razy po odjęciu podudzia ze skutkiem. Sześć razy użył go w przypadkach oparzeń 2 i 3 stopnia, pięć razy w przypadkach wrzodów żylakowych i bardzo często do oczyszczenia ran przez niedbalstwo chorych poprzednio już zanieczyszczonych. W żadnym przypadku nie wystąpiły objawy otrucia, ani nawet bóle głowy, mdłości, brak apetytu ani wymioty. Wyprysku po nim, jak się to zdarza po karbolu lub sublimacie, ani wysypki jak po jodoformie, nie widział nigdy. Mocz nigdy ani świeżo po oddaniu ani po dłuższém staniu nie przybierał barwy moczu karbolowego. Taniość i bezwzględna nieszkodliwość polecają kreolin. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1888, Nr. 4). *H. K.*

(*H. K.*) Zoege-Manteuffel, asystent kliniki dorpackiéj, opisuje w *Wiener med. Blätter*, 1888, Nr. 5 ciekawy i rzadki przypadek **torbiela języka**. Torbiel znajdował się na grzbiecie języka, był dobrze wymacalny, chełboczący, niebolesny, wielkości małego jaja kurzego bez odczynu w otoczeniu. Nakłucie wykazało ciecz mętną opalizującą, rozbiór chemiczny wykazał obecność znacznéj ilości mucyny. Nacięcie, wyłyżeczkowanie i zwykłe przeciwgnilne leczenie rany usunęło obrzęk w zupełności, nawrotu nie było.

(*H. K.*) Rotter ogłosił w *München. med. Wochensch.* 1887, Nr. 49 i 50 **statystyczny wykaz przypadków raka sutka operowanych od r. 1882—1887** w klinice prof. Bergmann. Prof. B. postępuje przytém zawsze tak, że odcina zawsze cały sutek i usuwa wszystkie gruczoły pachowe bez względu na to, czy są zajęte czy nie. Ubytek znaczny skóry wynagradza się potém przez przemieszczenie. Ze 114 w ten sposób operowanych umarło w skutek operacyi 4 (1 na zator płucny, 1 na mózgowy, 1 z posocznicy, 1 z zapadu), 34 osób nie dostało dotychczas nawrotu, reszta dostała nawrotów i częściowo wymarła. Z tych 34 przypadków 21 operowano w ciągu ostatnich trzech lat, uważa je dla tego tylko za względnie wyleczonych, 13 zaś uważa za zupełnie pewnych, bo już więcéj niż 3 lata upłynęły od operacyi.

Choroby uszne.

Baginsky (Berlin): **O cierpieniach ucha w t. zw.** *railway-spine.*

Dokładne badania oka pozwoliły Oppenheimowi popierającemu zdanie Leydena, Westphala i innych, oprzeć się twierdzeniom Charcota, jakoby t. zw. *railway spine* była tylko chorobą czynnościową i twierdzić, że przeciwnie jest ona chorobą organiczną, namacalną, układu nerwowego. B. korzystając z 5 przypadków (prof. Mendla i prof. Eulenburga), w których dokładnie badano narząd słuchu i w których także wyniki były tego rodzaju, że koniecznie trzeba było przypuścić zmianę anatomiczną, ogłasza swoje spostrzeżenia jako przemawiające przeciw zdaniu Charcota a przemawiające za zapatrywaniem uczonych niemieckich. We wszystkich przypadkach rozpoznano t. zw. *railway-spine*. Wszyscy dotknięci tą chorobą należeli do służby kolejowéj. Żaden z nich nie cierpiał poprzednio na uszy. Zaburzenia w narządzie słuchu wystąpiły u nich po jednym lub kilku przypadkach kolejowych, u jednych ograniczały się one wyłącznie do trudności w słyszeniu samém, u drugich istniały nadto szum w uszach, dzwonienie, syczenie, bóle przemijające; we wszystkich sprawdzono zmniejszenie zdolności w przyjmowaniu wrażeń słuchu wywołanych za pomocą strojnika, we wszystkich przewodnictwo tonów przez czaszkę było obniżone, albo zupełnie zniesione, w dwóch przypadkach istniał pewien niestosunek między podmiotowemi uczuciami a przedmiotowym stanem, chorzy ci skarżyli się na jedno ucho, a badanie wykazało zmiany w obydwóch uszach. „Zdaje się, że cierpienia ucha tego rodzaju „powiada B.“ są nieuleczne.“ Elektryzowanie i kateteryzowanie przez miesiące okazało się bezskuteczne. Zbierając w końcu wszystko nadmienia jeszcze B., że przeciw tłumaczeniu macinniczemu tych zmian przemawia i zgodność zmian znalezionych we wszystkich przypadkach. (*Berliner klinische Wochenschrift* 1888, Nr. 3). *H. K.*

Choroby nerwowe.

Marie: **Przyczynek do etyjologii padaczki.**

Większość autorów przypisuje dziedziczności w etyjologii padaczki znaczenie pierwszorzędne; zdania tego M. nie podziela, a to na podstawie spostrzeżeń uczynionych w klinice Charcota. Autor myśli o padaczce t. zw. idyjopatycznéj, którą uważa nie za chorobę, lecz za objaw chorobowy. W padaczce zwanéj idyjopatyczną podobnie jak w symptomatycznéj poprzedza chorobę zawsze napad drgawek w dziecięctwie. Przyczyną padaczki w późniejszym wieku występującéj bywają kiła, ciąża, lub połóg, co można w związek wprowadzić z zakażeniem niezupełnie znaném a częstém w przebiegu okresów połogowych. W ogólności powiedzieć można, że padaczka tak w wieku dziecięcym jak i późniéj występuje pod wpływem przyczyny zewnętrznéj, jak choroby ogólnéj, zakażenia, zatrucia (mocznica, alkoholizm).

Byłoby przesadném znaczenie dziedziczności zupełnie wykluczyć, owszem przypuścić należy, że pewne rodziny posiadają ośrodki nerwowe mniéj odporne na szkodliwości, wywołujące tę chorobę, ale mówić tylko można o usposobieniu, które nigdy samo przez się bez wpływów innych nie zdoła wywołać padaczki. Dziecko może się urodzić dotknięte tą chorobą, jeżeli czynniki szkodliwe zadziałały na nie już w życiu płodowém. (*Le Progrès médical* 1887, Nr. 44). *A. B.*

A. B. Dupuy **poleca antipyryn przeciw chorobie morskiéj** w dawce 3 gr. dziennie przez 3 dni przed rozpoczęciem podróży morskiéj i podczas pierwszych 3 dni podróży. (*Posiedzenie Akad. Umiejętności w Paryżu* 14/XII 1887.

V. Korespondencyje.

Listy z „Zachodniego kraju".

XV.

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Na zakończenie słów kilka o metodzie leczniczéj prof. Kremiańskiego, mało zapewnie u was znanéj a powtórzonéj po razy kilka jak w instrukcyi leczniczéj „O wdychatelnom pulwirizarie" i „mięsnym proszku" tak téż i w innych jego broszurach i pracach, jako to „Zakażenie i suchoty", „O wściekliźnie, suchotach, antifebrynie i wdychającym pulweryzatorze" i t. d. Autor używający na południu Rosyi w obecnéj chwili szerokiego rozgłosu co do wyleczania suchot płucnych za pomocą swego przyrządu, do którego z rozlicznych stron ściągają chorzy, powiada, że wszelkie objawy suchot płucnych, jakotéż wściekliznę, dyfteryję i inne choroby, pojawienie których przypisują zakażeniu krwi grzybkami, leczy w ten sposób, że tak jak nastąpiło zakażenie krwi przez płuca, do któréj wstąpiły grzybki, trzeba je zatruć, działając w ten sposób; dla tegoto autor zamyślił rozpocząć walkę z niemi jak powiada „technologoarchitekturną" i w tym celu zbudował swój aparat, składający się ze zwykłego słoja wysokości od 16—20 cm. z otworem w średnicy od 4—6 cm. zamkniętego korkiem z dwoma otworami. Przez jeden z nich przechodzi szklanna rurka dotykająca samego dna naczynia, a przez drugi takaż rurka lecz znacznie krótsza, dochodząca zaledwie do dolnéj powierzchni korka i połączona gutaperkową trąbką ze szklanym mundsztukiem. Otwór rurek od wewnątrz nie powinien być większym nad 1 cm. Otóż słój aż do powierzchni dotykającéj rurki napełnia się płynem zabijającym bakteryje, jak *Ol. Eucalypti*, dziegciem i t. d., a szczególniéj wypróbowanym przez autora olejkiem anilinowym, a wtenczas choremu zaleca wziąć do ust koniec rurki z mundsztukiem i wdychać powietrze po kilka lub kilkanaście minut, stosownie do potrzeby kilka razy dziennie. Leczeniem podobném autor miał wyleczyć tysiące chorych, a szczególnie ma być bardzo pouczającą według niego historyja pewnego młodego człowieka, nazwiskiem Kontrolskij, który miał ropne zapalenie opłucnéj i pomimo tego że operacyję przekłucia klatki piersiowéj i przeprowadzenia przez nią drenu zastosowano przedtém, jednakże autor nie temu lecz tylko swemu aparatowi przypisuje jego uzdrowienie. Jeszcze zabawniejszym staje się dymisyjonowany prof., kiedy przypisuje swemu wynalazkowi zbawienie ludzkości od wszelkich chorób zakaźnych przez zabicie grzybków je wyzywających, miota się natomiast na szczepienie zarazka wścieklizny Pasteura, jako niemającego naukowéj podstawy, które według niego nie sprowadzając pożądanych rezultatów, przeciwnie przynosi szkody ludzkości, nieobliczone szkody, bo nieuleczając szkodzi zarażając krew i odprowadzając od prawdy, która jest we wdychiwaniu Kremiańskiego, opartém na naukowéj podstawie. Równocześnie przy wdychiwaniu zaleca autor wewnętrznie środki zabijające mikroby, do których zalicza i kładzie na pierwszém miejscu antifebrinę, polecając równocześnie poprawienie odżywienia przy pomocy kefiru i proszku mięsnego swego wynalazku, wysuszonego przy stosunkowo niskiéj ciepłocie od 30 do 35° R. i tém odróżniającego się od proszku mięsnego Debovego. Razi w autorze ta pewność, z jaką potępia sposoby przyjęte w leczeniu suchot płucnych we współczesnéj medycynie, natomiast wysławiając swoją „dychawkę" i leczenie niestwierdzone żadnemi poważniejszemi studyjami i spostrzeżeniami na chorych, które w obserwacyjach autora jak i cała jego teoryja spoczywająca na zbyt kruchych podstawach nie wzbudza zaufania, a które nazywa sam wynalazca zbawieniem ludzkości. Posełając lekarzy do szukania prawd naukowych nie w fizyjologii obserwowanych klinicznych lub patologicznych badaniach prof. Kremiańskij widzi je w ukrytych tajnikach medycyny ludowéj, któréj przyznaje odmienne od przyjętego u nas znaczenia, a która ma trafnie uzdrowić ludzi a lud umiał najlepiéj ocenić sposób leczenia autora, jak on sam powiada, bo lud przyzwyczajony do okurzań łazonem i wdychiwania szpiginu „poznał téż w anilinowych wdechiwaniach korzyść nowego sposobu walki z chorobami". Daléj autor powiada, że zalecony przez niego kwaśny pokarm ma zabijać nie tylko bakteryje, lecz stanowi prezerwatywę od chorób epidemicznych i instynkt ludu na téj zasadzie oddawna używa kwaśnego jedzenia, jak barszcz i kwas ruski, który broni go od tych chorób. Długie życie i zdrowie w klasztorach zakonników autor przypisuje téż antimikrobowéj kwaśnéj dyjecie. Teoryje te autor wygłosił z katedry na ostatnim Zjeździe rosyjskich lekarzy i przyrodników, który na żądanie p. Kremiańskiego odniósł się do Wydziału lekarskiego w Moskwie, gdzie w celu rozpatrzenia sposobu leczenia autora ustanowiono osobną komisyję, lecz ta nieznalazłszy naukowych podstaw w teoryi p. Kremiańskiego, wymówiła się od jego rozpatrzenia, a wniosek jego, aby leczenie było przeprowadzone przy uczestnictwie samego wynalazcy, musiał upaść, na co on silnie się uskarża i przyrzeka sobie to wynagrodzić przez wystąpienie z odczytami téj saméj treści, aby dla swego wynalazku zjednać jeszcze więcéj zwolenników na następnym Zjeździe lekarzy i przyrodników rosyjskich. Czas to pokaże.

Jan Ilgowski.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 19 bm. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którém po załatwienieniu różnych drobnych spraw bieżących fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości cyfry odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w Krakowie w marcu r. b. W miesiącu tym umarło razem z obcymi 233 osób, między nimi z błonicy 4, z duru brzusznego 12, z duru osutkowego 4, z suchot płucnych 62, z zapalenia płuc 47, z gorączki połogowéj 2 osoby. Śmiertelność na rok i 1000 wyniosła z obcymi 37·7, dla samych zaś mieszkańców Krakowa tylko 26,8. Między zmarłymi było 19,8% z chorób zakaźnych. Przeciw poleceniu Namiestnictwa otworzenia szpitala epidemicznego dla chorych na dur osutkowy wniesiono rekurs, a to na téj podstawie, że chorych na tę chorobę zakaźną w samym Krakowie jest za mało a i ta mała liczba zmniejsza się ciągle. W sprawie téj zabierali głos w poparciu rekursu Drowie Pareński, Oettinger, Warschauer i Domański, który wniósł, aby wyznaczyć podkomisyję do rozpatrzenia się w ustawie nakładającéj na gminy obowiązek tworzenia szpitali epidemicznych i przedłożenia stosownych wniosków pełnéj komisyi. Wniosek ten przyjęto a do podkomisyi zaproszono prócz wnioskodawcy Drów Pareńskiego, Poniklę i Dra Buszka. Nad referatem Dra Ponikły wypracowanym imieniem wyznaczonéj poprzednio podkomisyi a dotyczącym zaprowadzenia paszportów na mleko wywiązała się bardzo obszerna dyskusyja, w któréj uznawano wielką potrzebę kontroli nad mlekiem, ale objawiono pewne wątpliwości co do praktyczności proponowanego przez podkomisyję sposobu. Ostateczną decyzyję w téj sprawie odroczono do następnego posiedzenia a tymczasem postanowiono w sposób popularny pouczyć publiczność za pomocą dzienników politycznych o niebezpieczeństwie pobierania mleka z miejsc epidemiją nawiedzonych i sposobach uwolnienia się od niego. Ze względu na częste w ostatnich czasach w Krakowie przypadki poparzenia się palącą się benzyną i naftą, uchwalono na wniosek r. m. Dra Domańskiego co do benzyny upraszać p. prezydenta miasta o wydanie rozporządzenia, aby sprzedający ten tak łatwo zapalny i lotny płyn umieszczali na flaszkach stosowny napis i znak (jak to już zrobiono z kwasem karbolowym z wielkim pożytkiem dla dobra publicznego) do ostrzeżenia kupujących, a co do nafty sprawę przedawania łatwo zapalnéj przekazano podkomisyi zajmującéj się wnioskiem założenia w Krakowie miejskiéj stacyi do kontroli artykułów konsumcyjnych. W końcu nadmienił fizyk miejski, że przyrząd desinfekcyjny jest coraz częściéj w razie potrzeby przez publiczność używany. Uchwalenie instrukcyj odnoszących się do tego nowego urządzenia miejskiego odroczono ze względu na późną porę do następnego posiedzenia.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 18—24 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 39,0. Z odry umarło 3 (2 z. t.); z dławca i błonicy 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 5 (3 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z gruźlicy 13 (13 z. t.); z zapalenia płuc 12 (9 z. t.).

Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy (obca), 1 ospianki, 21 odry (12 w szpitalu); 1 płonicy, 1 krztuśca, 6 duru brzusznego, 12 duru osutkowego (6 z aresztów 3 obcych). W tygodniu od 11— 17 marca umarło z ospy: we Lwowie, Tarnowie, Opawie po 1, w Pradze 9, w Lublanie 8, w Wiedniu 2, w Tryjeście, Rzymie i w Warszawie po 4; w Paryżu 6, w Petersburgu 2. Z odry umarło: w Wiedniu 2, w Tryjeście i Pradze po 1, w Paryżu 24, w Londynie 22, w Petersburgu 14. Z płonicy umarło: we Lwowie, Kołomyi i Czerniowcach po 1, w Wiedniu 9, w Pradze 5, w Petersburgu 13, w Londynie 25. Z duru umarło: w Bernie 4, w Pradze 8, w Wiedniu 3. Z krztuśca umarło: w Czerniowcach 4, w Wiedniu 3, w Londynie 92. Z dławca i błonicy umarło: w Czerniowcach 3, w Tarnowie 4, w Stanisławowie i we Lwowie po 1; w Wiedniu 10, w Berlinie 19, w Hamburgu 10, w Lipsku 7, w Paryżu 42, w Londynie 37, w Amsterdamie 7, w Kopenhadzie 15, w Petersburgu 11.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 18—24 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,0; we Lwowie 33,3; w Brodach 35,5; w Drohobyczu 38,2; w Kołomyi 23,8; w Przemyślu 42,8; w Stanisławowie 37,4; w Tarnopolu 21,5; w Tarnowie 48,5; w Czerniowcach 38,7; w Warszawie 25,5; w Poznaniu 24,6; w Wiedniu 28,4; w Salcburgu 23,1; w Gracu 33,1; w Lublanie 49,0; w Tryjeście 39,1; w Insbruku 58,2; w Pradze 36,6; w Bernie 42,9; w Ołomuńcu 33,2; w Berlinie 21,2; we Wrocławiu 26,5; w Gdańsku 28,2; w Dreźnie 25,9; w Hamburgu 27,2; w Kolonii 22,0; w Królewcu 28,9; w Lipsku 21,2; w Mnichowie 29,3; w Strasburgu 32,3; w Amsterdamie 23,3; w Brukseli 21,5; w Budapeszcie 37,7; w Chrystyjanii 21,7; w Kopenhadze 23,6; w Londynie 20,0; w Odesie 18,8; w Paryżu 26,0; w Petersburgu 38,5; w Rzymie 30,6; w Stokholmie 20,9; w Wenecyi 31,4. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 kwietnia. Wydział lekarski na posiedzeniu swém z d. 20 bm. zamianował Dra Krokiewicza asystentem pierwszym przy katedrze anatomii patologicznéj na dalsze 2 lata a Dra Rosenzweiga bezpłatnym elewem przy klinice lekarskiéj również na 2 lata.

○ Wydział matematyczno-przyrodniczy Akademii Umiejętności odbył w dniu 25 kwietnia rb. posiedzenie, na którém prof. Cybulski przedstawił nowy manometr własnego pomysłu służący do oznaczania parcia krwi w żyłach za pomocą fotografii oraz fotografije za pomocą tego przyrządu otrzymane. Następnie przedstawił prof. Cybulski pracę Dra G. Piotrowskiego „O wpływie parcia w jamie brzusznéj na tętno i parcie ościenne krwi" wykonaną w pracowni fizyjologicznéj Uniw. Jagiell.

* Dr. Julijan Czyrniański, syn zmarłego profesora chemii, przez lat kilka po ukończeniu studyjów w Uniwersytecie Jagiell. popracowawszy w szpitalu powszechnym wiedeńskim, przeniósł się na praktykę do Lwowa.

* Wyszły zeszyty 57—62 dzieła *Biographisches Lexikon* czyli 28—54 tomu VI. Mieszczą one w sobie uzupełnienia począwszy od litery B. aż do nazwiska Israël. Znajdujemy w tych 6 zeszytach bijografije lekarzy polskich: Bącewicza, Baranieckiego, Baranowskich, Bielkiewicza, Biesiadeckiego, Bochini, Boczkowskiego, Brodowskiego, Cywińskiego, Jana z Dobczyc, Drozdowskiego, Dudrewicza, Dworzaczka, Dziarkowskiego, Gajkiewicza i Grabowskiego. Zamiast zapowiedzianych 3 tomów mamy obecnie już 6, a będzie ich więcéj.

* **Petersburg.** Panny Aleksandra i Ema Lerche ofiarowały na rzecz tutejszéj lecznicy oftalmicznéj sumę 12,000 rs. pod warunkiem, aby fundusz ten nosił miano kapitału założyciela lecznicy Dra Bazylego Lerche.

W Nrze 13 *Wracza* jako *curiosum* podano fakt, że w Petersburgu nie przyjęto przesyłki z drzeworytem, adresowanéj do Dra Sentimona w Barcelonie, a odmowę urząd pocztowy tłumaczy tém, że posyłek do Hiszpanii zakazano przyjmować z powodu grasowania tam cholery.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Monachijum.** Docent prywatny Dr. Voit mianowany profesorem fizyjologii w zakładzie weterynarskim. — Prof. nadzw. Dr. Bauer mianowany zwyczajnym profesorem propedeutycznéj kliniki lekarskiéj. — **Würzburg.** Dr. Ryszard Geigel habilitował się jako docent medycyny wewnętrznéj. — **Berlin.** Dr. Langenbuch otrzymał tytuł profesora. — **Wiedeń.** Ministerstwo potwierdziło akty habilitacyjne docentów: Koliski, Hochstättera, Neussera i Ehrmanna. — **Kijów.** Docent prywatny Dr. Podwysocki młodszy mianowany został nadzw. profesorem patologii ogólnéj.

* **Nekrologija.** Dyrektor kliniki lek. w Pizie prof. Fedele Fedeli umarł. — W Pradze czeskiéj umarł Dr. Jan Spott, docent Uniw., w 75 roku życia, najstarszy docent w państwie austryjackiém, autor wielce zasłużony koło historyi lek. czeskiéj, jeden z założycieli Spolku lek. česk. — D. 19 bm. umarł w Welichau pod Karlsbadem radzca dworu Dr. Józef baron Löschner, b. lekarz przyboczny Cesarza, b. profesor pedyjatryi w Pradze, referent spraw lekarskich w król. czeskiém a późniéj radzca ministeryjalny i referent spraw lekarskich w Ministerstwie stanu w Wiedniu, założyciel szpitala Franciszka Józefa dla dzieci w Pradze itd. licząc lat 79.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 15: Szadka: Chirurgiczne leczenie dymienic wenerycznych; Bujwida: Wyniki stosowania wzmocnionéj metody Pasteura w Warszawie. — W *Medycynie* Nr. 15: Majkowskiego: Sprawozdanie z praktyki w Busku w r. 1887 (dok.); Stępniewskiego: Sprawa ospowa u nas od najdawniejszych czasów po r. 1888 (c. d.).

Sprostowanie. W Nrze 16 Przegl. Lek. na str. 226 szpalcie 1ej w. 26 od dołu zamiast „operowałem" ma być: obserwowałem, a na téjże stronicy szpalcie 2éj w. 14 od góry zamiast *ossium* powinno być: *osseum.*

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. F. w K. Przy leczeniu chorób nagminnych oblicza się jezdne według taryfy pocztowéj lub ekstrapocztowéj, podawanéj co $^1/_4$ lub $^1/_2$ roku w Dz. pp. i Dz. ustaw krajowych, a oblicza się w każdym powiecie odmiennie. Tak np. dla powiatu krakowskiego jezdne wynosi obecnie 1·60 za 10 kilometrów dla lekarzy delegowanych a 1·92 dla lekarzy rządowych. Informacyi nadokładniejszéj zasięgnąć możesz kolega w c. k. Starostwie, w obrębie którego mieszkasz lub u lekarza powiatowego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 2 maja **w sali Akademii Umiejętności** o godzinie 6éj posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Jaworski przedstawi nowy przyrząd aspiracyjny Dra Czyrniańskiego, oraz okaże preparaty mikroskopijne treści żołądka. 2) kol. Browicz będzie miał wykład o rzadszych postaciach raka żołądka.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie posiedzenie zwyczajne w poniedziałek d. 30 kwietnia b. r. o godzinie 6éj wieczorem w sali Akademii Umiejętności. Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie z czynności komisyi; 2) Sprawy bieżące; 3) Dyskusyja nad odczytem kol. Marsa; 4. Kol. Ściborowski poda uwagi o Szczawnicy ze stanowiska lekarskiego.

Do Nru dzisiejszego dołącza się broszurka: Iwonicz, Zakład zdrojowo-kąpielowy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.